

Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales, Colombia

Social determinants of health and quality of life of the adult population of Manizales, Colombia

Jorge Alejandro García Ramírez, Consuelo Vélez Álvarez

Grupo de investigación de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Facultad de Ciencias para la Salud Universidad de Caldas. Manizales. Caldas, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la asociación entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales.

Métodos: Estudio descriptivo con una fase correlacional en un universo de 18 109 viviendas con una muestra de 440 seleccionadas a través de muestreo estratificado por afijación óptima. Como variable dependiente se midió la calidad de vida a través del formulario WHOQOL-BREF y como variables independientes se midieron los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios. La asociación entre las variables se midió a través de análisis bivariado mediante las pruebas U de Mann Whitney, t de Student, ANOVA y Kruskal Wallis.

Resultados: La edad promedio fue de 49 años +/- 17,2 años, los ingresos mensuales mínimos del hogar fueron de 23 dólares y los ingresos máximos de 23 000 dólares, el 88,9 % pertenecía al estrato socioeconómico alto. El 61,6 % calificaron su calidad de vida como bastante buena. El análisis bivariado mostró asociación ($p < 0,05$) entre la escolaridad y la posición socioeconómica autopercibida con todos los dominios de calidad de vida, así como entre los ingresos mensuales del hogar con la salud psicológica, relaciones sociales y el ambiente y la vinculación laboral con todos los dominios excepto las relaciones sociales.

Conclusiones: Los determinantes sociales de la salud que se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios fueron la escolaridad y la posición socioeconómica autopercibida.

Palabras clave: Calidad de vida; desigualdades en la salud; inequidad social; salud pública; justicia social.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the association of social determinants of health and quality of life of the population in the city of Manizales, Colombia.

Methods: Descriptive correlational study carried out in a sample of 440 households selected through optimal allocation stratified sampling from a universe of 18 109 households. The dependent variable was quality of life measured by using the WHOQOL-BREF and the independent variables were the structural and intermediate social determinants of health. The association of variables was measured through bivariate analysis using Mann-Whitney U, ANOVA, Student's t and Kruskal Wallis tests.

Results: The mean age was 49 ± 17.2 years; the minimum monthly household income was 23 and the maximum income was 23 000 US dollars, and 88.9 % of the sample was rated as high socio-economic stratum. 61.6 % rated pretty well their quality of life. The bivariate analysis showed association $p < 0.05$ between education and self-perceived socioeconomic status in all quality of life domains as well as between monthly household income and psychological health, social relations and working environment and links in all domains except for social relations.

Conclusions: The social determinants of health associated with the quality of life in every domain were education and self-perceived socioeconomic status.

Keywords: Quality of life; health inequalities; social inequity; public health; social justice.

INTRODUCCIÓN

La salud pública se ha preguntado sobre los mecanismos que hacen que el contexto social y económico en el que viven los grupos sociales se convierta en enfermedad. Para este fenómeno *la teoría psicosocial y la teoría de la privación relativa* establecen que la autopercepción de las personas sobre su posición en el contexto social puede causar estrés y llevar al cuerpo a respuestas fisiológicas que aumentan la susceptibilidad de las personas a las enfermedades.^{1,2}

Con el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) en el año 2008,³ la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamó la atención sobre las circunstancias sociales que influyen sobre la producción de la enfermedad y su distribución a través de los grupos de una comunidad. A estas las llamó los "Determinantes sociales de la salud" (DSS) los cuales explican por qué hay personas en un riesgo mayor de padecer enfermedades y sus consecuencias; igualmente ha persuadido a las organizaciones sanitarias a medir la magnitud del problema y analizarlo. Desde entonces la evidencia demuestra que los DSS se

distribuyen dentro de un gradiente social en el cual a medida que se desciende en la escalera social y disminuyen las condiciones de vida, aumenta la prevalencia en enfermedades.⁴ *Solar* e *Irwin* propusieron en su modelo teórico una clasificación de estos determinantes en dos grupos: estructurales (los productores primarios de estratificación social o disgregación) e intermedios (las condiciones materiales de vida).⁵

A su vez, estudios han demostrado que existen mecanismos de interacción de los DSS con desenlaces biológicos; por ejemplo, en el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles es claro que factores como el ingreso, la escolaridad, o el género influyen en el control de enfermedades como diabetes o hipertensión o en la mortalidad como consecuencia de las mismas.⁶⁻⁸

Sin embargo, la evaluación de la salud debe también tener en cuenta la experiencia personal del paciente; por lo tanto, si se desea medir el impacto que tienen los DSS sobre la salud general conviene medir aspectos psicológicos, sociales o emocionales. Un indicador relacionado con la percepción integral de bienestar de un individuo es la calidad de vida (CDV) definido por la OMS como: "Percepción del individuo sobre su vida, el lugar que ocupa en su contexto cultural y sistema de valores, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones".⁹ La mayoría de autores acuerdan que la CDV es un constructo multidimensional, con el mínimo de dominios físicos, emocionales y de bienestar social.¹⁰

Existen estudios en países de altos ingresos que han documentado cómo los DSS influyen sobre la CDV y el bienestar de los individuos. En Canadá se encuentra que los individuos de género femenino, de mayor edad, menor nivel económico y menos años de educación tienen peores resultados en las dimensiones mentales, sociales, y vitalidad de la calidad de vida.^{11,12}

Por lo tanto, mejorar la evidencia disponible sobre la relación de los DSS con los desenlaces de bienestar de los individuos es relevante en el contexto de los países en desarrollo pues permite tomar decisiones focalizadas hacia áreas prioritarias de intervención en las comunidades que generen un impacto general en el estado de salud.

La presente investigación tuvo el objetivo de evaluar la relación existente entre los DSS (estructurales e intermedios) con la calidad de vida en una población adulta de la ciudad de Manizales, Colombia. Este trabajo cobra relevancia en la medida en que relaciona los DSS con indicadores generales del estado de salud y no enfocado en la experiencia de enfermedades exclusivas.

MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo descriptivo con una fase correlacional, entre noviembre de 2013 y marzo de 2014. El universo estuvo compuesto por 18 109 viviendas del cual se seleccionó una muestra de 440 viviendas a través de la técnica de muestreo estratificado por afijación óptima con un nivel de confianza del 95 % utilizando como variable estrella los ingresos mensuales del hogar, variable que mostró el mayor nivel de varianza durante la prueba piloto con 30 hogares. Las 13 comunas de la ciudad de Manizales se clasificaron considerando su estratificación socioeconómica como clase alta, media o baja tomando como base la

clasificación de los inmuebles hecha por la municipalidad de la ciudad de acuerdo a las características físicas de las viviendas, su acceso a servicios públicos y su entorno urbano según las zonas de la ciudad; posteriormente se seleccionó aleatoriamente una comuna por cada clase y se numeraron todas las viviendas tomando como referencia las cartas geográficas. De las viviendas numeradas se seleccionó el total de la muestra correspondiente a cada clase socioeconómica utilizando la técnica de números aleatorios. Como criterios de inclusión de los estudios se tuvieron en cuenta: la correspondencia de la vivienda con el estrato de la comuna (alto, medio o bajo), la aceptación de responder la encuesta, que el respondedor(a) fuera mayor de edad y uno de los jefes del hogar y que diera respuesta completa a las preguntas de la encuesta.

La presente investigación cumplió con los requisitos éticos necesarios y no representó ningún riesgo para la salud de los encuestados. Todos los individuos encuestados en el estudio firmaron el consentimiento informado para la participación en el mismo.

El instrumento de investigación tuvo dos partes. La primera parte, desarrollada por los investigadores, consistió en la medición de las variables independientes del estudio las cuales consistieron en variables sociodemográficas como la edad, el género y la inclusión de determinantes sociales de la salud estructurales como el nivel educativo, total de ingresos mensuales del hogar, y determinantes sociales de la salud intermedios como la ocupación, régimen de afiliación al sistema general de seguridad social y si tenía medicina prepagada (Plan complementario de salud). Además, se incluyó la variable de posición económica autopercibida. El instrumento fue validado por selección de expertos y probado en prueba piloto con 30 viviendas. La variable dependiente correspondiente a la calidad de vida en los minios de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente, se recolectó mediante el *World Health Organization Quality of Life-BREF (WHOQOL-BREF)*.¹³

La información cuantitativa fue tabulada en Excel, se obtuvieron puntajes totales de calidad de vida por los dominios físico, psicológico, relaciones sociales y entorno y se procesó la información en el programa SPSS versión 19. El análisis descriptivo incluyó distribuciones de frecuencia por variables sociodemográficas, determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios en cada uno de los dominios del WHOQOL-BREF. El análisis de normalidad se realizó a través del índice de Kolmogorov Smirnov. Para el análisis bivariado se utilizaron las pruebas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis para dominios de distribución no normal y la prueba de ANOVA y t de student para dominios de distribución normal. El nivel de significación estadística se estableció con un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se muestra la composición sociodemográfica y la distribución de los determinantes sociales de la salud ([tabla 1](#)). El 61,4 % fueron mujeres en su mayoría en adultez media. El 2,9 % de las viviendas pertenecían a un estrato socioeconómico bajo mientras que el 8,2 % pertenecen al medio y el 88,9 % pertenecen al alto. Las personas por vivienda fueron en promedio 3,6 +/- 2. Los ingresos mensuales mínimos del hogar fueron de 60 000 pesos colombianos (20,7 dólares americanos) y los ingresos máximos fueron de 60 000 000 de pesos colombianos (20 782 dólares americanos) con mayor variabilidad en los hogares de estratos altos. El 1,1 % no contaba con estudios y el 54 % de la muestra tenía estudios universitarios de pregrado o mayores. El 97 % de las personas evaluadas contaban con afiliación general al sistema general de seguridad social con un 5,9 % con

régimen subsidiado de salud. Además, el 19,5 % contaba con medicina prepagada (seguro privado de salud). El 30 % de la muestra evaluada se encontraba desempleada en el momento del estudio seguido por una vinculación laboral como independiente en el 23,4 %.

Tabla 1. Estadística descriptiva de los determinantes sociales de la salud estructurales e intermedios en la muestra

Determinante social de la salud	Categorías	n	%
Género	Mujer	270	61,4
	Hombre	170	38,6
Edad	juventud (15-26 años)	64	14,5
	adultez joven (27-40 años)	75	17,0
	adultez media (41-64 años)	215	48,9
	viejo (mayor a 65 años)	86	19,5
Comuna	Estrato bajo	13	3,0
	Estrato medio	36	8,2
	Estrato alto	391	88,9
Escolaridad	Estudios primarios	39	8,9
	Estudios secundarios	112	25,5
	Estudios técnicos	49	11,1
	Estudios universitarios pregrado	155	35,2
	Estudios universitarios posgrado	80	18,2
	Sin estudios	5	1,1
Estrato socioeconómico	Bajo	13	2,9
	Medio	36	8,2
	Alto	391	88,9
Régimen de afiliación en salud	Contributivo	368	83,6
	subsidiado	26	5,9
	Régimen especial	33	7,5
	ninguno	13	3,0
Vinculación laboral	Desempleado	132	30,0
	Independiente	103	23,4
	Contrato laboral indefinido	77	17,5
	Contrato laboral fijo	26	5,9
	Prestación de servicios	23	5,2
	Pensionado	79	17,9
Ingresos mensuales del hogar	menor a 1 salario mínimo	23	5,2
	1-3 salarios mínimos	102	23,2
	3-6 salarios mínimos	151	34,3
	Mayor a 6 salarios mínimos	164	37,3
Medicina prepagada	Sí	86	19,5
	No	354	80,5

La posición económica autopercebida, que es un indicador sobre la autorreferenciación de la posición social, fue percibida en el 13,2 % como regular o mala y el 30,2 % se refirió a ella como muy buena o excelente. La calidad de vida fue evaluada a través del WHOQOL BREF. Para las preguntas que evalúan calidad de vida en general, el 36,8 % calificó su calidad de vida como normal y el 61,6 % como bastante bien o muy bien. El 67,8 % manifestó estar satisfechos o muy satisfechos con su salud (tabla 2).

Tabla 2. Distribución de frecuencias y porcentajes para las variables autopercebidas de calidad de vida y de estado de salud de la muestra

Variable	Categoría	n	%
Posición socioeconómica autopercebida	Mala	2	0,5
	Regular	56	12,7
	Buena	249	56,6
	Muy buena	102	23,2
	Excelente	31	7,0
Calificación de calidad de vida	Muy mal	1	0,2
	Poco	6	1,4
	Lo normal	162	36,8
	Bastante bien	137	31,1
	Muy bien	134	30,5
Satisfacción con estado de salud	Muy mal	6	1,4
	Poco	27	6,1
	Lo normal	109	24,8
	Satisfecho	178	40,5
	Muy satisfecho	120	27,3

En los dominios de calidad de vida evaluados por el WHOQOL BREF aunque los puntajes obtenidos en cada dominio fueron homogéneos, se encontró que los dominios con mayor puntaje promedio fueron salud física y salud psicológica frente a los dominios relaciones sociales y ambiente.

Para preguntas específicas del WHOQOL BREF, el 60 % planteó disfrutar su vida bastante o extremadamente y el 44,1 % manifestó que su vida tiene bastante sentido; el 23,6 % están nada o poco satisfechos con el nivel de acceso que tienen a los servicios de salud frente al 33,6 % que se sienten "normales" y el 3,4 % expresaron que su ambiente es poco o nada saludable. A la pregunta ¿tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades? El 50,7 % informó moderado, frente al 40 % que informó bastante o totalmente. El 75,7 % planteó estar bastante o muy satisfecho con sus relaciones personales.

Para el análisis bivariado, primero se aplicó la prueba de normalidad a cada uno de los dominios del WHOQOL-BREF a través del Índice de Kolmogorov Smirnov, que mostró una distribución normal ($p > 0,05$) únicamente para el dominio ambiente, resultado a partir del cual se seleccionaron las pruebas estadísticas de asociación: U de Mann Whitney, Kruskal Wallis para variables de distribución no normal, ANOVA y t de student para variables con distribución normal.

Se encontró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) entre los determinantes sociales de la salud estructurales género con la salud física y edad con la salud física y psicológica. El nivel de ingresos estuvo asociado con la salud psicológica, las relaciones sociales y el ambiente y el estrato socioeconómico se asoció con la salud física y el ambiente. La vinculación laboral mostró asociación con la salud física, la salud psicológica y el ambiente. Para los determinantes sociales de la salud intermedios, se encontró asociación entre el régimen de salud con las relaciones sociales y el ambiente y el tener medicina prepagada con la salud psicológica y el ambiente. La posición socioeconómica y la escolaridad mostraron asociación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) con todos los dominios de calidad de vida (tabla 3).

Tabla 3. Análisis bivariado entre determinantes sociales de la salud y dominios de calidad de vida

Determinante social de la salud	Estadísticos	Dominios de calidad de vida - WHOQOL			
		Salud física	Salud psicológica	Relaciones sociales	Ambiente
Género (hombre, mujer)	U de Mann Whitney	20122,000	20765,500	21835,00	-
	Valor de p	0,029*	0,091	0,387	-
	t student	-	-	-	-0,105
	valor de p	-	-	-	0,916
Edad	Kruskal-Wallis	16 406	12 670	6 362	-
	valor de p	0,001*	0,005*	0,095	-
	ANOVA	-	-	-	2 188
	valor de p	-	-	-	0,089
Ingresos mensuales del hogar	Kruskal-Wallis	6 215	13 623	16 413	-
	valor de p	0,102	0,003*	0,001*	-
	ANOVA	-	-	-	23 949
	valor de p	-	-	-	0
Estrato	Kruskal-Wallis	11 202	6 821	6 773	-
	valor de p	0,048*	0,234	0,238	-
	ANOVA	-	-	-	11 577
	valor de p	-	-	-	0,000*
Régimen de salud	Kruskal-Wallis	2 604	4 779	12 702	-
	valor de p	0,457	0,189	0,005*	-
	ANOVA	-	-	-	13 268
	valor de p	-	-	-	0,000*
Escolaridad	Kruskal-Wallis	20 886	27 678	18 698	-
	valor de p	0,001*	0,000*	0,002*	-
	ANOVA	-	-	-	5,686
	valor de p	-	-	-	0,000*
Posición socioeconómica autopercebida	Kruskal-Wallis	20 872	52 511	25 741	-
	valor de p	0,000*	0,000*	0,000*	-
	ANOVA	-	-	-	31 141
	valor de p	-	-	-	0,000*
Vinculación laboral	Kruskal-Wallis	29 571	23,976	7,716	-
	valor de p	0,000*	0,000*	0,173	-
	ANOVA	-	-	-	2 577
	valor de p	-	-	-	0,026*

*Asociación estadísticamente significativa $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

La comunidad sanitaria viene prestando mayor atención al análisis de los DSS en correspondencia con los cambios económicos y sociales que la globalización ha traído en el mundo, entre ellos, su influencia en el estado de salud de las poblaciones y la ampliación de las brechas sociales entre los países.¹⁴

Estudios han demostrado que los países latinoamericanos se caracterizan por un creciente nivel de desigualdad y distribución inequitativa de recursos, expresado en un índice de Gini alto. Por ejemplo, para el caso de Colombia el quintil más pobre participa solamente con el 4,1 % en el ingreso total frente a 52,1 % del quintil más rico.¹⁵ Nótese que en la muestra existe una alta variabilidad de ingresos mensuales del hogar (de 20 a 20 000 dólares).

Otros determinantes sociales de la salud analizados aportaron resultados superiores frente al promedio de Colombia, es el caso de la escolaridad, donde el 53 % tenía estudios universitarios de pregrado o posgrado frente a lo registrado para Colombia de una cobertura de educación superior del 28 % para el nivel profesional.¹⁶ Para el caso de la afiliación al sistema general de seguridad social, el 83,6 % se encontraba afiliado al régimen contributivo (seguro privado de salud) mientras que para Colombia según información del Ministerio de Salud,¹⁷ en promedio, solo el 47 % de las personas se encuentran en dicho régimen.

Los resultados anteriores deben ser interpretados teniendo en cuenta que el 88,9 % de la muestra correspondió a estrato alto, con el 71 % de hogares con ingresos superiores a tres salarios mínimos mensuales, lo cual se relaciona con los resultados encontrados a nivel sociodemográfico.

Con respecto al análisis bivariado entre los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida, la investigación confirmó algunas asociaciones documentadas en la literatura; se encontró asociación entre el determinante estructural género y la salud física y entre la edad con la salud física y la salud psicológica. Estudios en Estados Unidos han demostrado que las mujeres perciben un menor nivel de salud física en comparación con los hombres, situación que se relaciona con las diferencias entre roles, estresores y estilos de vida.¹⁸ Robert y otros, en un estudio con 3 844 adultos estadounidenses entre los 35 y 89 años demuestra que la edad influye en las variaciones en el estado de salud de los individuos y que a medida que se aumenta en edad aumenta la brecha en el nivel de ingresos y escolaridad lo cual se relaciona con la calidad de vida general del individuo.¹⁹

Para el determinante "ingresos mensuales del hogar", la investigación encontró asociación con todos los dominios de calidad de vida excepto con el dominio salud física. Estudios han concluido que aquellos individuos en los quintiles superiores de ingresos tienen mejor desempeño y autopercepción de salud.^{20,21} Los ingresos permiten a los individuos acceder a mejores servicios públicos, lugares residenciales y condiciones de seguridad, factores contextuales que se traducen en un nivel general de salud mayor.²²

El análisis de la relación existente entre el estrato socioeconómico con los dominios de calidad de vida mostró asociación con la salud física y el ambiente, sin embargo, los resultados del análisis bivariado para la variable ingresos y estrato socioeconómico fueron disímiles, resultado que hace pensar que la estratificación

socioeconómica utilizada en el estudio (basada en el lugar de residencia) no se relaciona directamente con los ingresos de los hogares. *Muntaner* y otros argumentan que las medidas de estratificación basadas solamente en clasificaciones administrativas o en variables de bienes materiales son equivocadas ya que no explican las relaciones subyacentes a la clase social en una comunidad causantes de las desigualdades socioeconómicas y no muestran otras formas valiosas de capital como el conocimiento, el apoyo social o las relaciones de poder.²³

Para el determinante vinculación laboral, la asociación encontrada con las dimensiones de salud física y psicológica corresponde a lo registrado en otros países, al respecto estudios en el Reino Unido y Colombia encuentran que hay asociación entre la percepción del estado de salud y la clase social ocupacional (trabajadores manuales, técnicos y profesionales).²⁴

El análisis del aseguramiento en salud se incluyó teniendo en cuenta que para el contexto colombiano las continuas reformas al sistema de salud han impactado la cobertura, calidad y acceso a servicios de salud.²⁵ Los resultados del estudio no coinciden con lo publicado en la literatura, pues el determinante "aseguramiento en salud" no tuvo correlación con los dominios de salud física y salud psicológica mientras que tener medicina prepagada (Seguro privado de salud) mostró relación con la salud psicológica. Algunos estudios en Colombia han demostrado que las personas afiliadas al régimen contributivo tienen mayor probabilidad de reportar un buen estado de salud, realizar consultas preventivas y facilidad de acceso a servicios en comparación con su contraparte del régimen subsidiado o no afiliados.^{26,27} La percepción de exclusión social, que se presenta principalmente en los individuos con aseguramiento subsidiado influye en una percepción baja de calidad de vida o estado de salud.²⁸ Los resultados anteriores, aunque no esperados, pueden deberse a la composición sociodemográfica de la muestra del estudio donde la mayoría correspondió al estrato alto y al régimen contributivo con un bajo porcentaje de individuos con régimen subsidiado (5,9 %) o sin afiliación en salud (3 %), lo cual influye en las características de acceso a servicios de salud de los participantes. Estudios en población de menores ingresos o subsidiada podrían mostrar resultados diferentes a las asociaciones publicadas en la literatura.

Finalmente, los dominios de escolaridad y el indicador de posición socioeconómica autopercibida mostraron asociación con todos los dominios de calidad de vida. Para el caso de la escolaridad, la literatura ha documentado que a mayor número de años de estudio mejoran los indicadores de salud a nivel biológico, a nivel general y de calidad de vida.²⁹

El indicador de posición socioeconómica autopercibida hace referencia a una medida subjetiva de posición social en la que el individuo se compara frente a las otras personas en su comunidad. Un estudio en Japón muestra que la desigualdad socioeconómica influye en la salud individual a través de mecanismos psicológicos debido a la teoría de privación relativa.² Otro estudio en Cuba demuestra que la percepción de la situación económica se asocia con la densidad de enfermedades y factores de riesgo como diabetes, hipertensión y el hábito de fumar.³⁰ Este resultado no indica que la autopercpción de la situación económica es un indicador fiable de estratificación pero sí hace pensar en que la desigualdad no solo debe evaluarse sobre las condiciones materiales del individuo sino también con la percepción que él tiene en relación con otros miembros de su comunidad.

Como limitaciones del estudio, el indicador de estratificación social de los participantes estuvo basado solamente en el lugar de residencia y no tuvo en cuenta otros aspectos relacionados con las condiciones de vida. Adicionalmente, no se excluyeron los encuestados con antecedentes patológicos, lo cual pudo interferir como sesgo de la investigación en cuanto a las respuestas autorreportadas relacionadas con salud y calidad de vida.

El presente estudio permite concluir que existe una asociación entre la calidad de vida y los DSS estructurales. La autopercepción de un individuo sobre su posición económica y la escolaridad se asociaron con la calidad de vida en todos sus dominios.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación fue cofinanciada entre la Universidad de Caldas y el Departamento Administrativo de Ciencia y Tecnología de Colombia, COLCIENCIAS, a través del Programa Jóvenes Investigadores e Innovadores.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Álvarez Castaño L. Los determinantes sociales de la salud: más allá de los factores de riesgo. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(17):69-79.
2. Kondo N. Socioeconomic disparities and health: impacts and pathways. *J Epidemiol/Japan Epidemiological Ass*. 2012;22(1):2-6. Access: 2015 Dec 12. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22156290>
3. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Commission on Social Determinants of Health final report. Geneva: WHO; 2008. Access: 2015 Dec 8. Available at: http://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/en/
4. Marmot M, Bell R. Fair society, healthy lives. *Public Health*. 2012;126(Suppl 1):S4-10. PubMed PMID: 22784581. Access: 2015 Dec 1. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22784581>
5. Solar O, Irwin A. Towards a conceptual framework for the analysis and action on the social determinants of health. Geneva: Commission on the Social Determinants of Health, WHO; 2007. Access: 2015 Dec 12. Available at: http://www.who.int/sdhconference/resources/ConceptualframeworkforactiononSDH_eng.pdf
6. Clark ML, Utz SW. Social determinants of type 2 diabetes and health in the United States. *World J Diabetes*. 2014. Access: 2015 Dec 12. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4058734/>

7. Walker RJ, Smalls BL, Campbell JA, Strom Williams JL, Egede LE. Impact of social determinants of health on outcomes for type 2 diabetes: a systematic review. *Endocrine*. 2014;47(1):29-48. PubMed PMID: 24532079. Access: 2015 Dec 12. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24532079>
8. Pellegrini Filho A. Public policy and the social determinants of health: the challenge of the production and use of scientific evidence. *Cad Saude Pública*. 2011;27(Suppl 2):S135-40. Access: 2016 Jan 10. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011001400002
9. Quality of Life BREF WHOQOLBREF: Measuring Quality of life. Geneva: WHO; 1997.
10. Urzúa MA, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicol*. 2012;30:61-71.
11. Kivits J, Erpelding ML, Guillemin F. Social determinants of health-related quality of life. *Revue d'epidemiol sante publique*. 2013;61(Suppl 3):S189-94. PubMed PMID: 23849946. Access: 2016 Jan 15. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23849946>
12. Delpierre C, Kelly-Irving M, Munch-Petersen M, Lauwers-Cances V, Datta GD, Lepage B, et al. SRH and HrQOL: does social position impact differently on their link with health status? *BMC Public Health*. 2012 Access: 2015 Dec 11. Available at: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-9>
13. WHOQOL-BREF Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. Ginebra: OMS, Programa en salud Mental 1996. Access: 2015 Nov 5. Available at: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf?ua=1
14. Braveman P, Gottlieb L. The social determinants of health: it's time to consider the causes of the causes. *Public Health Rep*. 2014;129(Suppl 2):19-31. Access: 2015 Dec 12. PubMed PMID: 24385661. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24385661>
15. Panorama Social de América Latina 2014. Santiago de Chile: CEPAL; 2014.
16. Melo LA, Ramos JE, Hernández PO. La educación superior en Colombia: Situación Actual y Análisis de Eficiencia. Borradores de Economía. Bogotá: Banco de la República de Colombia; 2014
17. Sistema Integral de Información de la Protección Social. Afiliaciones a Salud. Bogotá: Ministerio de Salud, República de Colombia; 2015. Acceso: 3 Nov 2015. Disponible en: <http://www.sispro.gov.co/>
18. Verbrugge LM. Gender and health: an update on hypotheses and evidence. *J Health Soc Beh*. 1985;26(3):156-82. PubMed PMID: 3905939. Access: 2016 Jan 8. Bogotá: Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3905939>
19. Robert SA, Cherepanov D, Palta M, Dunham NC, Feeny D, Fryback DG. Socioeconomic Status and Age Variations in Health-Related Quality of Life: Results From the National Health Measurement Study. Serie B. *J Gerontol Psychol Sci Soc*. 2009. Access: 2016 Jan 15. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19307286>

20. Cerezo-Correa MP, Cifuentes-Aguirre OL, Nieto-Murillo E, Parra-Sánchez JH. Desigualdades de la morbilidad por enfermedades crónicas según determinantes estructurales e intermediarios. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2012; 11(23): 165-88.
21. Vásquez F, Paraje G, Estay M. Income-related inequality in health and health care utilization in Chile, 2000-2009. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33(2): 98-106. Access: 2016 Jan 20. Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23451&Itemid=
22. Santos SM, Chor D, Werneck GL, Coutinho ES. Association between contextual factors and self-rated health: a systematic review of multilevel studies. *Cad Saude Pública*. 2007; 23(11): 2533-54. Access: 2016 Jan 8 Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001100002
23. Muntaner C, Rocha KB, Borrell C, Vallebuona C, Ibanez C, Benach J, et al. Social class and health in Latin America. *Pan Am J Public Health*. 2012; 31(2): 166-75. PubMed PMID: 22522881. Access: 2016 Jan 10. Available at: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200012&lng=pt&nrm=iso
24. McFadden E, Luben R, Bingham S, Wareham N, Kinmonth A-L, Khaw K-T. Social inequalities in self-rated health by age: Cross-sectional study of 22 457 middle-aged men and women. *BMC Public Health*. 2008 PubMed PMID: PMC2491612. Access: 2015 Jan 15. Available at: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-8-230>
25. Ruiz Gómez F, Zapata Jaramillo T, Garavito Beltrán L. Colombian health care system: results on equity for five health dimensions, 2003-2008. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 33: 107-15.
26. Mejía-Mejía A, Sánchez-Gandur AF, Tamayo-Ramírez JC. Equidad en el Acceso a Servicios de Salud en Antioquia, Colombia. *Rev Salud Pública*. 2007; 9: 26-38.
27. Hernández JMR, Rubiano DPR, Barona JCC. Barreras de acceso administrativo a los servicios de salud en población Colombiana, 2013. *Ciencia & Saude Colectiva*. 2015; 20: 1947-58.
28. Sepúlveda DM, Álvarez LS. Exclusión social y calidad de vida relacionada con la salud en personas entre 25 y 60 años de la zona nororiental de Medellín-Colombia, 2009. *Rev Facult Nac Salud Pública*. 2012; 30: 45-56.
29. Jayasinghe S. Social determinants of health inequalities: towards a theoretical perspective using systems science. *Internat J Equity Health*. 2015 PubMed PMID: PMC 4549102. Access: 2016 Feb 1. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4549102/>

30. Díaz-Perera Fernández G, Bacallao Gallestey J, Alemañy Pérez E. Relación entre la dimensión socioeconómica y la dimensión salud en familias cubanas. Rev Cubana de Salud Pública. 2012;38:403-13. Acceso: 10 Ener 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300007

Recibido: 31 de agosto de 2016.

Aceptado: 23 de enero de 2017.

Jorge Alejandro García Ramírez. Grupo de investigación de promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Facultad de Ciencias para la Salud Universidad de Caldas. Manizales. Caldas, Colombia.

Correo electrónico: Jorge.garcia@ucaldas.edu.co